



Prof. PAOLO GAIFAMI

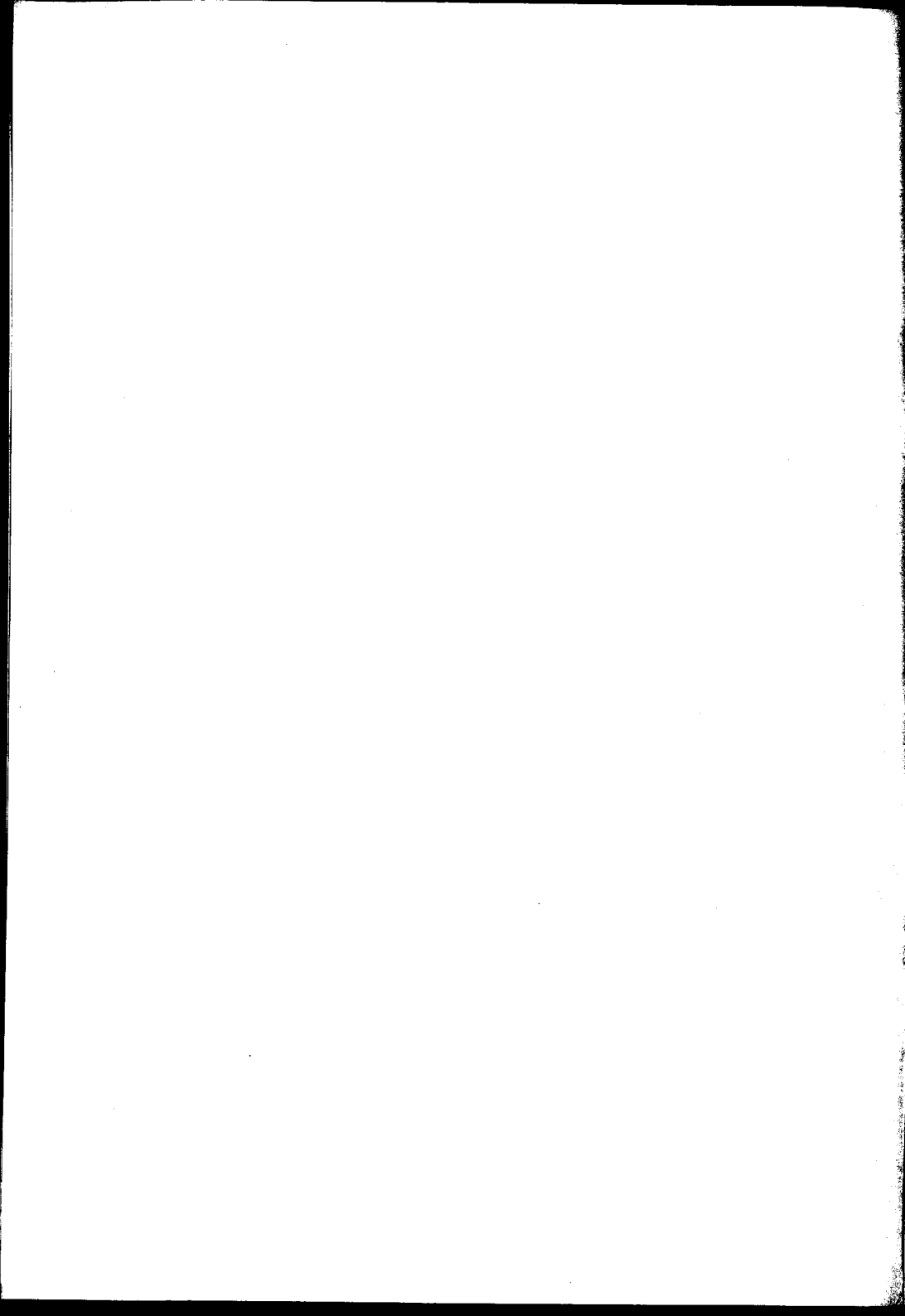
# LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO DEL COLLO UTERINO CON LA COLPOSCOPIA?

*Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno IX - N. 10, del 31 maggio 1940-XVIII*







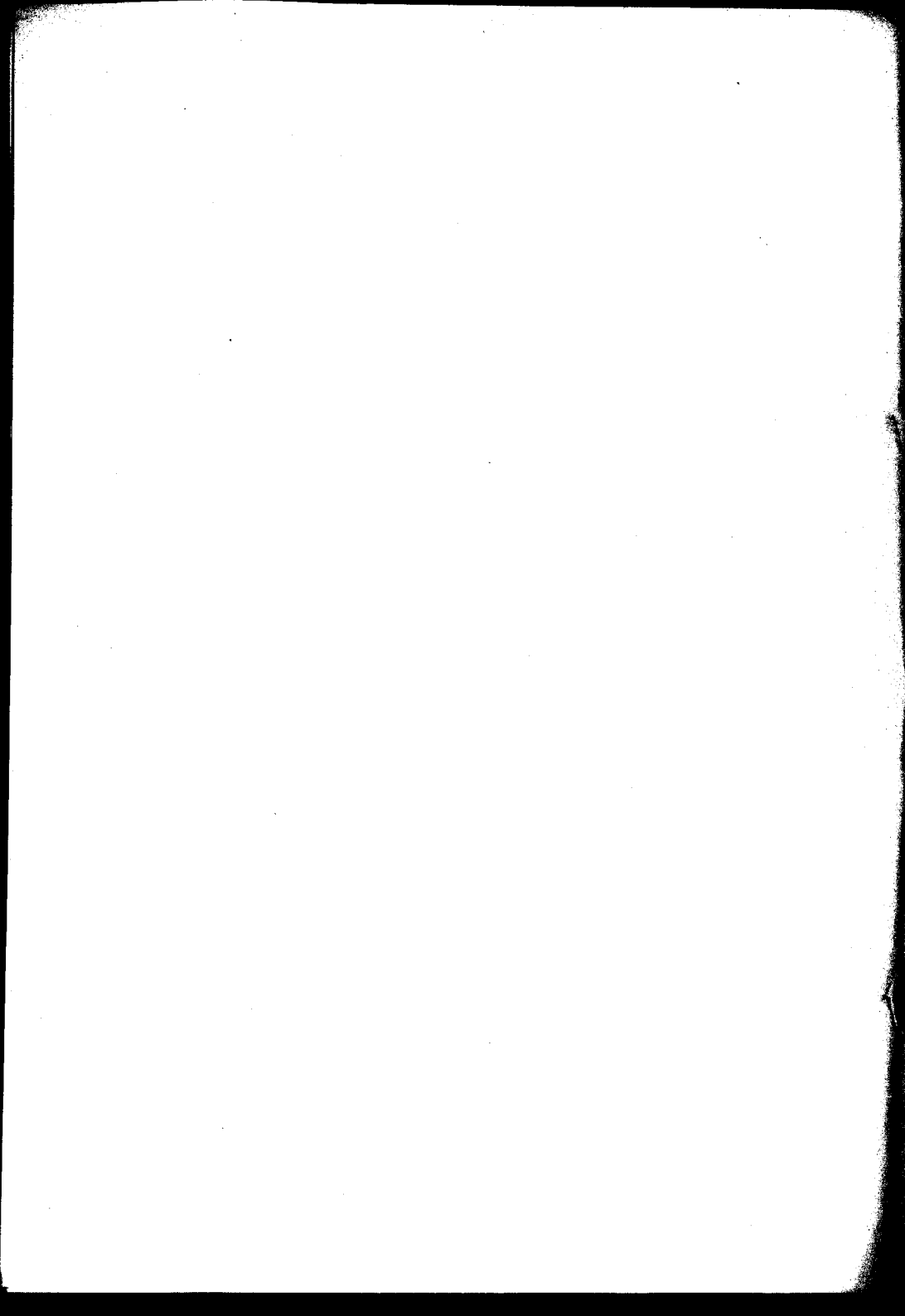


Prof. PAOLO GAIFAMI

# LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO DEL COLLO UTERINO CON LA COLPOSCOPIA?

*Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno IX - N. 10, del 31 maggio 1940-XVIII*





B. SORRENTINO pattocina la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero mediante l'associazione della prova di SCHILLER con la colposcopia e vede già il problema risolto sol che si aggiunga la visita ginecologica periodica obbligatoria. Ma io credo che sia opportuna qualche riserva.

Mi sia intanto permesso un rilievo di ordine di ciamo nazionalista.

Propugnando le visite sistematiche periodiche genitali come mezzo per arrivare alla diagnosi precoce del cancro dell'utero, SORRENTINO cita solo degli autori stranieri, come se fra noi il problema fosse stato ignorato. Non sono tempi questi da seguitare in un vezzo, che, se non fu mai lodevole, è oggi certo ancora meno raccomandabile. Completerò io la citazione, ricordando che nel volume XXXII degli Atti della Società Italiana di ostetricia e ginecologia (1935) si può rintracciare una specie di cronistoria in proposito nella relazione tenuta dal prof. BERTINO. Ne stralcio la parte che ci interessa:

«E' stato MONTUORO, che fino dal 1931 ha lanciato per il primo la proposta di una disposizione di legge che rendesse obbligatoria la visita periodica a tutte le donne, dai 35 anni in su; e poco dopo tale misura venne ritenuta opportuna in Germania, e su proposta della Società Ostetrica di Amburgo, venne messa in attuazione per le donne iscritte alle Casse di Assicurazione contro le malattie.

«Da noi la proposta è stata ripresa da D'ERCHIA nel 1933, che analogamente a quanto si è fatto per la tubercolosi, invocava una legge che imponesse ai datori di lavoro l'assicurazione delle loro impiegate contro il cancro, e tracciava le linee programmatiche da seguire per l'attuazione pratica della sua proposta di legge.

«La visita obbligatoria periodica, è stata propugnata anche dalla Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia, nella sua seduta del gennaio di quest'anno,

e più di recente nel Convegno Regionale delle Società di Ostetricia e Ginecologia dell'Alta Italia, tenuto ad Acqui nel giugno scorso.

«Al voto espresso da questi consessi, che sia resa obbligatoria la visita periodica alle assicurate presso gli Istituti di Previdenza Sociale, hanno già dato la loro adesione i più eminenti cultori della nostra disciplina e varie Società Regionali, fra le quali quella delle Venezie, che ho l'onore di presiedere.

«Personalmente convinto che l'attuazione pratica della visita periodica, costituisca l'arma più potente di lotta contro il cancro dei genitali femminili, non esito a dichiararmi incondizionatamente partigiano della proposta che ha avuto già così largo consenso; e nell'ordine del giorno che per vostro mandato sono stato incaricato di redigere, e che presenterò alla vostra approvazione al termine della mia esposizione, essa è compresa fra le provvidenze di carattere nazionale, che a mio giudizio occorre invocare dalle Superiori Autorità, perchè la battaglia che da tanti anni combattiamo, possa entrare nella sua fase risolutiva».

Infatti nell'ordine del giorno votato dal Congresso venivano inseriti questi due commi:

«2) che sia resa obbligatoria la visita ginecologica periodica a cominciare dalle donne iscritte alle Casse di assicurazione, quando siano giunte ad una età specialmente favorevole per lo sviluppo del cancro genitale;

«3) che tali visite siano fatte da ginecologi competenti e forniti dei mezzi per i necessari accertamenti diagnostici».

Il ricordo di tali propositi italici mi pare doveroso accanto a quelli stranieri, anche se io personalmente non abbia mancato di esprimere la mia sfiducia, sia nello stesso Congresso di Bologna (dove fra altro osservavo che il problema del cancro va visto totalitariamente, non solo nella parte... uterina; ed allora

quante visite obbligatorie dovremmo farci fare?); sia prima, in un mio articolo sulle «Forze Sanitarie». Scrivevo allora (1933):

«E' difficile ottenere la diffusione di una elementare cultura ginecologica? E' raro che le donne si presentino spontaneamente al controllo ginecologico al più piccolo disturbo genitale? E' possibile che veramente certe forme diano segno di sé tardi, avendo cioè una lunga latenza? Ed ecco, in teoria almeno, tutto risolto con la periodica visita ginecologica obbligatoria, trimestrale, semestrale...

«Tuttavia non v'ha chi non veda che l'attuazione pratica di tale proposta è tutt'altro che facile e vediamo già un dissenso fra D'ERCHIA e SPIRITO da un lato, che vogliono il controllo del ginecologo sperimentato, e MONTUORO dall'altro, che si contenta anche del medico generico. Resterà comunque sempre la difficoltà del tempestivo riconoscimento dei casi ad inizio endocervicale, che sono purtroppo da ritenersi ben più frequenti di quanto non si creda di solito e che sono quasi sempre smascherati solo quando si son fatta strada fino al rivestimento della portio. Ragione questa che limiterà anche l'efficacia della colposcopia strumentale, introdotta da HINSELMANN per la diagnosi precocissima del cancro».

La mia sfiducia di allora era fuori luogo o non ha più ragione di persistere oggi? O viene scossa dalla proposta di SORRENTINO? Ecco un secondo punto sul quale desidero trattenermi un momento.

Nei riguardi della prova di SCHILLER e della colposcopia i dubbi che io ponevo in quel mio scritto del 1933 non sono certo caduti, trovano anzi conferma nella nota di SORRENTINO. Io ricordavo a proposito della prova di SCHILLER che «il glicogeno, causa del colore bruno della mucosa normale, trattata col Lugol, può mancare anche nelle erosioni semplici». E seguitavo:

«Nè si creda che la colposcopia, introdotta da HINSELMANN, sia metodo alla portata di tutti, sol che acquistino il colposcopio.

«COLOMBINO fra noi, che primo se ne occupò («La Clinica Ostetrica», n. 12, 1928), confessava che ai primi tempi si prova una specie di delusione e solo un lungo esercizio e l'aver avuta una buona guida rende poi padroni dei reperti. E' dunque ancor questo metodo di clinica ed anche qui finora non ne sono venuti tutti quei risultati che se ne potevano attendere; è bensì vero che HINSELMANN («Zentr. f. Gyn.», 1932) ha potuto identificare molti casi di leu-

coplachia iniziale ed è ancor più interessante l'aver egli ritrovato in qualche caso dei cancri alla fase microscopica; ma si tratta sempre di ricerca indagatoria, che è risultata positiva in una minima percentuale e ad ogni modo il miglioramento eventuale lo porterà solo per i cancri della portio, non per quelli, così frequenti e così insidiosi, del canale cervicale».

Codesti dubbi sono stati sorpassati da nuove acquisizioni o da semplificazioni di tecnica? Non pare. La stessa nota di SORRENTINO non è fatta per dimostrare che il problema abbia avuto quella semplificazione che occorrerebbe per sistematizzare tale indagine, bellissima, di grande interesse scientifico e oncologico, ma per ciò stesso limitata a una piccola schiera di esperti.

Rileggete tutte le varietà possibili di reperti colposcopici e meditate sulla opportunità, di fronte a zone sospette, di farne l'esame istologico integrale, «non bastando pochi tagli» ma occorrendo «a volte da 2000 fino a 3000 sezioni».

E poi quel dover distinguere «l'epitelio semplicemente atipico dall'epitelio spiccatamente atipico»?

Questo per di più in una zona, come il collo dell'utero, così facile a metatipie, a sostituzioni di epitelio, a stratificazioni, che danno a volte quadri istologici veramente dubbi, anche in biopsie di una certa profondità! Le cosiddette erosioni con i loro bizzarri reperti istologici quante volte non hanno dato motivo a dubbi o a discussioni fra anatomopatologi e ginecologi?

Difficile è dunque rimasta la colposcopia e pericolosa può diventare in mani poco esperte, se l'interpretazione istologica non sia fatta con la necessaria competenza e con lo scrupolo di non vedere troppo. Ho un po' paura delle cosiddette lesioni *precancerose*.

SORRENTINO ha molta fede nella associazione della colposcopia alla prova di SCHILLER, che dovrebbero integrarsi vicendevolmente formando una «combinazione preziosa».

Perfettamente! Ma non si semplifica nulla; anzi si moltiplicheranno i casi in cui appariranno delle minuscole zone non reagenti al Lugol, ossia dei casi dubbi inizialissimi, dove occorrono le centinaia o migliaia di sezioni istologiche, prima di poter abbandonare ogni sospetto.

Ora è possibile questo nella grande massa delle visite ginecologiche? E quanti medici dovremmo noi avere disponibili con l'attrezzatura e la competenza



necessaria per diffondere l'uso dei due metodi non solo alle donne che si presentino alle visite ginecologiche spontaneamente, perchè sofferenti; ma ben anche a tutte le donne genitalmente asintomatiche? Perchè questo vorrebbe anche SORRENTINO, convinto che «l'adozione delle visite sistematiche porterebbe all'annullamento della mortalità per carcinoma del collo dell'utero», quando fossero tutte sottoposte alla colposcopia.

Bellissimo ideale, certo, ma, proprio perchè ideale, non realizzabile.

Sono troppo pessimista? Ma non è più dannoso farsi prendere da speranze, che poi non saranno realizzate? Io non posso davvero venire accusato di essere tepido fautore della necessità della lotta per una diagnosi precoce dei tumori; sotto l'impulso animatore del PESTALOZZA, ho cominciato ad occuparmene fin dal lontano 1908 e le stesse citazioni di miei contributi recenti stanno bene a dimostrare che non ho perduto la fede, nè la costanza.

Ma quando mi si dice che si è trovato il mezzo per

debellare la mortalità del cancro del collo uterino, grazie alla colposcopia più la prova di SCHILLER, io trovo che si esagera e si creano delle illusioni di più. La colposcopia con tutti i rilievi istologici connessi è una importante acquisizione della moderna ginecologia ed è augurabile che gli esperti in tale tecnica si possano moltiplicare; come è sperabile che possano derivarne osservazioni importanti sulla diagnosi e sulla essenza del cancro; ma non è già con essa che tutto sarà risolto, nemmeno se associata alla prova dello SCHILLER. Con ciò mi guardo bene dallo scoraggiare *a priori* chi vuole approfondire tale tecnica; anzi sono ben lieto che SORRENTINO abbia cooperato alla sua conoscenza. Io poi sono sempre della partita, quando c'è da agitare il problema della diagnosi del cancro uterino; già il parlarne farà bene, se richiamerà qualche medico pratico a pensarci più di quanto magari aveva fatto fin qui. Anche per questo ultimo fine ho chiesto la ospitalità di questa rivista, che ha la massima importanza propagandistica, data la sua diffusione a tutti i medici d'Italia.

57786



336854



